DU TRAITEMENT

DE LA

FISTULE A L'ANUS

PAR LA

CAUTÉRISATION LINÉAIRE

DU TRAITEMENT

DE LA

FISTULE A L'ANUS

PAR LA

CAUTÉRISATION LINÉAIRE

PAR LE DOCTEUR SCHWEITZER

Le traitement des fistules à l'anus par les caustiques n'est pas nouveau, car on sait que les anciens y avaient recours assez souvent, chez les malades qui redoutaient l'instrument tranchant. De nos jours, on a essayé les mélanges de gutta-percha et de poudre de Vienne ou de chlorure de zinc, mais l'opinion n'est pas encore fixée sur la valeur de ces moyens.

Les succès obtenus dans le traitement des tumeurs hémorrhoïdales au moyen de la cautérisation linéaire, ont conduit M. le docteur A. Amussat à appliquer la même méthode à l'ablation des tumeurs pédiculées ou pédiculables, à la cure du phimosis, des décollements de la peau et de la fistule à l'anus.

Au mois d'avril 1861, M. le docteur Brochin rapportait, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une opération de fistule complète au bord de l'anus, opérée par la cautérisation linéaire.

Cette opération, à laquelle notre confrère avait assisté, eut un plein succès.

Depuis lors, M. le docteur A. Amussat a eu l'occasion de pratiquer la cautérisation linéaire des différentes espèces de fistules à l'anus, au moyen d'une pince porte-caustique, ou par la section avec le fil de platine mis en rapport avec un appareil électrique, c'est-à-dire par la galvanocaustique. Je ne me propose ici que de faire connaître le premier de ces deux procédés.



Fig. 1.

Dans l'origine, notre confrère employait pour faire la cautérisation une pince à baguettes, à rainures, se remplissant de caustique, qui avait servi à son père pour faire la seconde opération d'hémorrhoïdes, en 1844. Plus tard, désireux de mettre ce procédé à la portée de tous les praticiens, sans les obliger à posséder un instrument particulier, il a fait fabriquer dans les ateliers de Charrière des cuvettes porte-caustique, qui peuvent s'adapter sur les pinces à pansement ordinaires, qu'on trouve dans toutes les trousses.

La *fig. 1* représente les premières cuvettes faites dans ce but; elles ont 6 centimètres et demi de longueur, sur 2 mil-

limètres de largeur et de profondeur. A l'une de leurs extrémités se trouve un petit appendice, destiné à les fixer à la pince.

La *fig. 2* représente les cuvettes fixées à la pince.

Dans le but de permettre au praticien de manœuvrer la

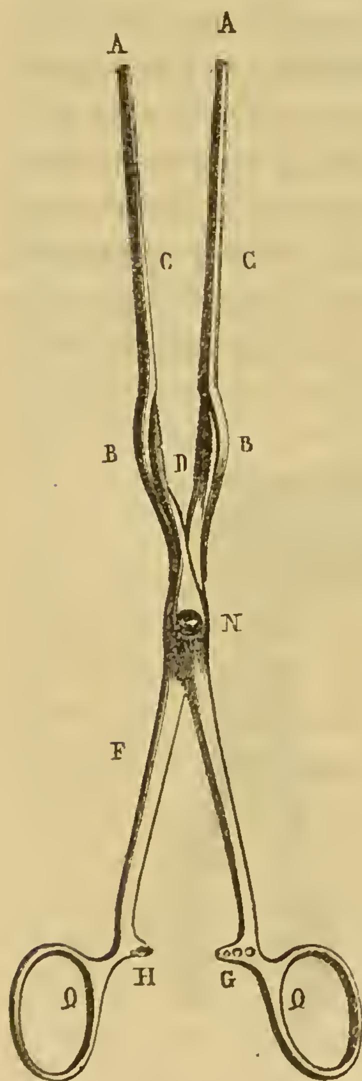


Fig. 2.

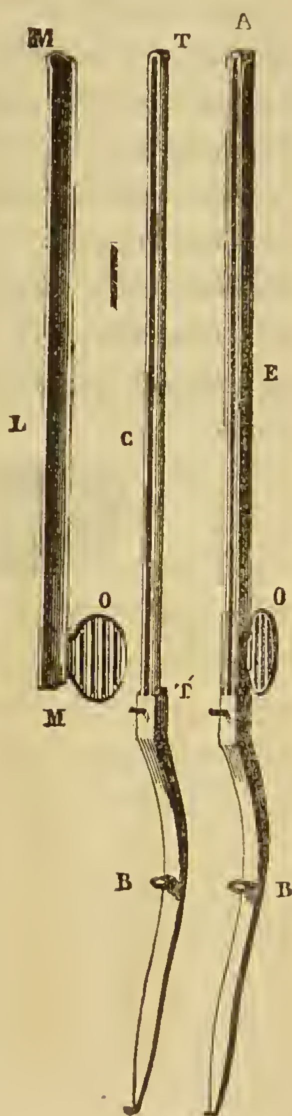


Fig 3.

pince aussi longtemps que cela est nécessaire, quand le trajet

est sinueux, et de pouvoir porter l'extrémité de la cuvette jusqu'au fond de la fistule, M. le docteur Amussat a fait fabriquer des cuvettes à recouvrements, comme on le voit *fig. 3*. Avec cette pince, le caustique est recouvert tant qu'on le juge convenable, et, par conséquent, sans action sur les tissus. Aussitôt qu'elle est bien placée, on imprime un mouvement de rotation à la lame protectrice L, en appuyant sur l'oreillon O, et le caustique étant découvert, agit sur les tissus. La lame L n'est retenue que par deux petites saillies aux extrémités de la cuvette, de sorte qu'en lui imprimant un mouvement de rotation en sens inverse de celui qui la cache, on peut la retirer, en la faisant glisser parallèlement à son axe. On a alors une cuvette semblable à celle représentée *fig. 1*, mais n'ayant qu'un millimètre de diamètre, et pouvant servir pour des trajets fistuleux très-étroits.

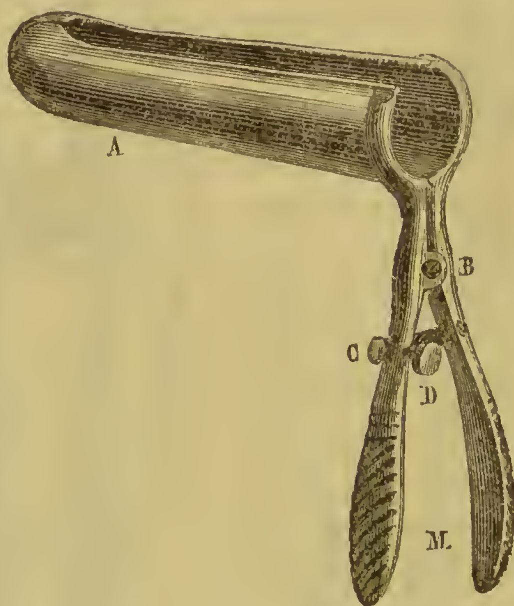


Fig. 4.

Quand la fistule est un peu profonde, M. le docteur Amussat emploie son *speculum ani*, comme nous le dirons plus loin. Cet instrument (voyez *fig. 4*) ressemble beaucoup au *specu-*

lum ani ordinaire lorsqu'il est ouvert, mais avec une extrémité sphérique, de façon à pouvoir s'introduire facilement. De plus, comme il est bivalve, il suffit de desserrer la vis D, et d'appuyer sur les manches M pour écarter les deux valves.

Le malade doit prendre un ou deux lavements et les rendre immédiatement, afin de bien vider le gros intestin. Pendant ce temps, un aide remplit les cuvettes avec de la pâte de Vienne, ou avec de la pâte faite avec du caustique de Filhos en poudre et de l'eau-de-vie, puis il essuie avec soin leur surface extérieure. Le malade se place dans la position usitée pour pratiquer cette opération. L'opérateur introduit dans l'anus un gorgeret ordinaire, le confie à un aide, et explore de nouveau le trajet fistuleux, afin de bien se rendre compte de la direction à donner à la cautérisation. Tout étant ainsi bien disposé, il introduit dans le trajet l'une des cuvettes, et quand elle est parvenue jusqu'au fond, il rapproche l'autre cuvette, et fixe la pince au moyen du petit tenon qui se trouve près des anneaux. L'instrument doit rester en place de une à trois minutes, selon l'épaisseur des tissus à cautériser. C'est ainsi que j'ai vu notre confrère opérer, en 1864, un malade qui portait à la marge de l'anus une fistule borgne externe peu profonde. La cautérisation effectuée, on retire la pince, et on introduit immédiatement dans l'anus une mèche de linge plat, bien graissée de cérat, destinée à isoler la partie cautérisée des parties voisines.

Quand le fond de la fistule est à 2 ou 3 centimètres dans le rectum, M. le docteur Amussat remplace le gorgeret par son speculum ani, qui rend la manœuvre plus facile.

Quand la fistule est complète, on dilate l'orifice interne, afin de pouvoir passer facilement la pince, et il convient d'employer les cuvettes à recouvrement.

Dans un cas de fistule borgne interne que notre confrère opéra, en 1863, avec M. le docteur Chaillou, il procéda de la manière suivante : il recourba en crochet une sonde can-

nelée en argent, l'introduisit par l'orifice interne, et fit une petite incision sur son extrémité, de manière à faire un orifice externe, et la retira. Il manœuvra ensuite la pince comme dans un cas de fistule complète, en se servant du speculum ani.

Dans le cas où l'orifice extérieur est à une certaine distance de l'anus, de telle sorte que le trajet fait un coude assez prononcé, on cautérise linéairement d'abord la peau jusqu'à l'entrée de l'intestin, et, quand l'eschare est tombée, on pratique la cautérisation de la partie interne du trajet fistuleux, en se servant du speculum.

Quand il existe du décollement autour de l'orifice externe, on cautérise d'abord le trajet fistuleux, puis on pratique une ou deux cautérisations linéaires de la partie cutanée, afin d'éviter les culs-de-sac, et de pouvoir placer la mèche convenablement sous les tissus décollés.

Au commencement du mois de janvier dernier, M. le docteur Amussat ayant à traiter, avec M. le docteur Angouard, un jeune homme porteur d'une fistule de ce genre, et présentant des symptômes de tuberculose, l'a opéré comme je viens de l'indiquer. Il a pratiqué la cautérisation successivement avec les cuvettes remplies d'abord de pâte calcopotassique, puis de pâte de chlorure de zinc. La pince chargée de chlorure était laissée en place de quatre à cinq heures.

Dans plusieurs cas où le trajet était simple et peu étendu, il n'a pas été placé de mèche après la chute de l'eschare. Mais, dans les autres cas, le traitement consécutif a été fait comme lorsque l'on opère avec l'instrument tranchant.

(*Revue médicale française et étrangère*, t. Ier. — 29 février 1868. — p. 210.)

Evreux, A. Hérissey, Imp. — 768.